

ANNÉE 1933

THÈSE

72

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MARIA SPITZER

Née le 13 Janvier 1899, à Srbobad (Serbie)

Les Érosions ponctuées syphilitiques de l'Ongle

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE. 13
PARIS

1933

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MARIA SPITZER

Née le 13 Janvier 1899, à Srbobad (Serbie)

Les Érosions ponctuées syphilitiques de l'Ongle

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13
PARIS

1933

I. — PROFESSEURS

<i>Le Doyen</i>	M. BALTHAZARD.
	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Pharmacologie et matière médicale	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	AIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	Maurice VILLARET.
Chimie médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DEL BET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologie	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Professeur sans chaire	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Physiologie	N...
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale	BROCCQ.
Pathologie médicale	BRULE.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	De GAUDART DALLAINES.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GASTINEL.
Bactériologie	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GASTINEL.
Histologie	GATELLIER.
Pathologie médicale	GIROUD.
Anatomie	HARVIER.
Pathologie médicale	HOVELACQUE.
Hygiène	HUTINEL.
Chimie biologique	JOANNON.
Pathologie médicale	LABBE (Henri).
Oto-rhino-laryngologie	LAROCHE Guy.
Anatomie pathologique	N...
Pathologie chirurgicale	HUGUENIN
Pathologie mentale	LEVEUF.
Pharmacologie	LIAN.
Histologie	HAZARD.
Pathologie chirurgicale	MILLOT.
Pathologie médicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Anatomie Pathologique	MOURE.
Anatomie	OBERLING.
Médecine légale	OLIVIER.
Obstétrique	PIÉDELIEVRE.
Pathologie chirurgicale	PORTES.
Physiologie	QUÉNU.
Dermatologie et syphiligraphie	RICHET Fils.
Pathologie médicale	SÉZARY.
Obstétrique	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERRER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Clinique médicale	BASSET.....	Clinique chirurgicale
CHIRAY.....		CHEVASSU....	
DEBRE.....		HEITZ-BOYER	
DUVOIR.....		MATHIEU....	
FIESSINGER..		MOCQUOT ...	
LAIGNEL-LAVASTINE		PROUST.....	
		SCHWARTZ...	
		LE LORIER...	
MM.			
LEVY-SOLAL.....	}	Clinique obstétricale	
METZGER.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le très grand
honneur de présider notre thèse.
Hommage respectueux.*

A MES PARENTS

A MON MARI, LE DOCTEUR SPITZER

A MES ENFANTS :

ANGÉLIQUE ET GÉRARD

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON CHER MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR G. MILIAN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous en a facilité l'exécution.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR SÉBILEAU

M. LE PROFESSEUR LEGUEU

M. LE PROFESSEUR GUILLAIN

M. LE PROFESSEUR LAPERSONNE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

M. LE PROFESSEUR MARFAN

M. LE PROFESSEUR CLAUDE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

M. LE DOCTEUR MILIAN

M. LE PROFESSEUR AGREGÉ CATHALA

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PORTES

M. LE DOCTEUR HUDELO

M. LE DOCTEUR RAVINA

M. LE DOCTEUR GARCIN

A MES MAITRES

DANS LES FACULTÉS DE PRAGUE ET DE BUDAPEST

A LA MÉMOIRE

DE MON PREMIER MAITRE DE DERMATOLOGIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR K. KREIBICH

Introduction

Les diverses manifestations de la syphilis ont fait couler tant d'encre, et ont été si parfaitement décrites, qu'on serait tenté à leur propos de reprendre le mot fameux de La Bruyère : « Tout est dit ».

Cependant, il est de ces manifestations qui, vu leur rareté relative ou leur méconnaissance, n'ont pas suffisamment retenu l'attention des auteurs. De celles-là, sont les érosions ponctuées de l'ongle. Leur étude est une des plus captivantes qui s'imposent à notre attention, car elle apporte à la symptomatologie habituelle de l'infection tréponémique un autre symptôme d'une importance capitale et souvent négligée.

C'est une lésion discrète qui mérite d'être aperçue et appréciée.

De nombreuses observations relevées dans le service de notre Maître, le Docteur Milian, à l'Hôpital Saint-Louis, nous ont amené à étudier spécialement ces lésions qui, pour être parfois discrètes, n'en sont pas moins importantes, à les ramener à leurs vraies causes, car elles aiguillent souvent l'examen sur des lésions plus profondes qui, jusque-là n'avaient pas attiré l'attention.

Nous avons pu mener à bien ce travail grâce aux conseils de Monsieur le Docteur Milian, à qui nous devons la description de ces lésions, et nous le prions de trouver ici l'hommage de notre respectueuse admiration et de notre profonde reconnaissance.

Historique

C'est l'œil ingénieux de M. Milian qui a observé que, dans la grande famille des érosions ponctuées, existait une forme bien déterminée par ses caractères particuliers et que cette forme d'érosions différait des autres. M. Milian a constaté que les porteurs de cette sorte d'érosions étaient toujours soit des spécifiques traités, soit des spécifiques ignorés.

En 1924, M. Milian, dans un de ses admirables leçons « Syphilis et Mariage » données à la Clinique Baudelocque, attirait l'attention sur l'importance de ce symptôme et exposait combien il pourrait nous guider dans la conduite à tenir envers le malade, nous orienter dans nos recherches, et nous dicter nos conseils quand il s'agit d'un malade qui vient consulter parce qu'il veut contracter mariage.

C'est également M. Milian qui communiqua en juin 1932 dans la *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie* un cas étudié par lui-même. Il s'agissait d'un médecin présentant quelques signes de syphilis latente : battements artériels, inégalité pupillaire, intermittences cardiaques avec Wassermann = 0, mais Hecht positif.

A l'examen, on trouva un bruit présystolique. T. A. ; 16-10 et une fatigue générale.

Marié, femme bien portante, mais ménage sans enfant.

Il ne se savait pas spécifique.

On découvrit des érosions multiples et nombreuses, sans eczéma et sans dermatose sur le reste du corps. Le malade suivit plusieurs traitements énergiques et M. Milian arriva au bout de quatre ans à la guérison presque complète de ces érosions, ce qui prouve là comme dans de multiples autres cas leur nature syphilitique.

Dans cette même communication, M. Milian précisait les caractères des érosions spécifiques, nous donnait leur description, mettait en relief leur valeur diagnostique, expliquait leur signification, tirait des conséquences de leur présence et de leur siège pour la durée de la lésion, et indiquait enfin qu'un individu présentant des érosions ponctuées est porteur d'une syphilis en évolution.

Dans la littérature étrangère, on ne trouve guère d'indication précise sur cette forme de lésion, excepté chez M. Török, qui mentionne la possibilité d'une origine syphilitique des érosions ponctuées.

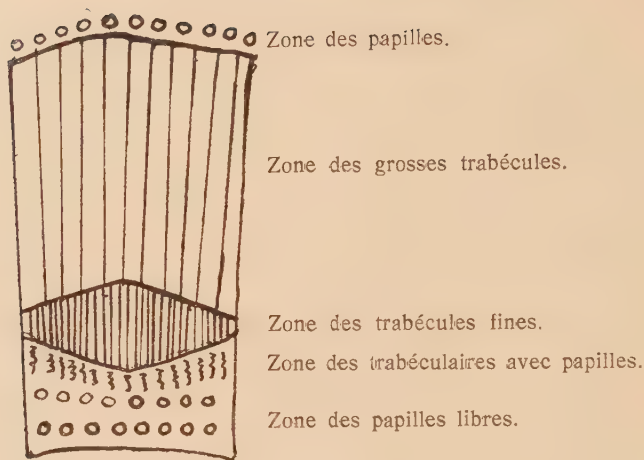
Rappel anatomique et histologique

L'ongle est une plaque cornée qui est le résultat d'une kératinisation spéciale.

La plaque unguéale est implantée par sa racine dans une dépression qui a la forme d'une encoche. Dans sa partie postérieure, elle est couverte par un repli cutané et la plaque paraît enfouie en lui. La production de l'ongle s'accomplit dans la matrice, à l'endroit de l'invagination épidermique et c'est elle qui sécrète l'ongle. Le corps de l'ongle repose sur un lit et est entouré par des replis latéraux de deux côtés.

Son extrémité inférieure s'appelle le bord libre de l'ongle. La partie supérieure de la racine, avant de devenir de couleur rosée, en formant le corps, représente une demi-lune de couleur blanche nommée lunule.

La différence de couleur s'explique par la transparence de l'ongle dont la coloration dépendra de la richesse variable en vaisseaux du fonds. Si on éloigne l'ongle de sa matrice, celle-la nous révélera qu'il est formé de plusieurs parties.



LA SURFACE DU LIT DE L'ONGLE APRÈS SON EXTRACTION. —

Ce n'est pas toute la couche germinative qui prend part à la régénération de l'ongle, mais seulement la couche germinative de la racine.

La croissance de l'ongle est de trois millimètres par mois et cette croissance dépend de l'activité matricielle.

Toute lésion de la matrice se marquera ultérieurement par un sillon ou une érosion sur l'ongle, si la lésion est temporaire, et par une atrophie si la lésion est permanente.

La matrice est formée par :

1° Une couche germinative correspondant aux couches germinatives de l'épiderme. Cette couche est formée profondément par des cellules cylindriques suivies de cellules épineuses, par un labyrinthe interépithélial, coloré en noir chez les nègres.

2° La couche cornée, qui est pour ainsi dire la véritable substance de l'ongle. Ces cellules ont une réfraction spéciale, cette propriété leur permet de paraître brunâtres à la lumière directe et blanches à jour frisant.

La couche cornée est lisse à sa surface postérieure, partie sur laquelle reposent les trabécules cornées correspondant aux raies du lit de l'ongle.

La plaque cornée est composée de lamelles de façon que les couches profondes se couvrent comme les tuiles d'un toit.

Les lamelles sont composées de plaquettes, de cellules kératinisées, lamellettes cornées qui montrent encore les restes des noyaux, les vestiges d'un labyrinthe inter-épithélial.

Entre les espaces de ces cellules mêmes, l'air peut s'accumuler et conditionner alors la formation d'une sorte de aéro-épithélium. Ces endroits se distingueront par une coloration blanche de l'ongle et représenteront une canitie partielle de l'ongle.

La nutrition de la matrice est assurée par les vaisseaux qui sont peu nombreux à la racine, mais davantage au corps. Les artères venant de la profondeur vers la matrice suivent à la base des trabécules une direction longitudinale. Elles donnent des rameaux aux lamelles et aux papilles. C'est par ces vaisseaux qu'arrive le tréponème en circulation dans le torrent sanguin au cours des poussées évolutives, bruyantes ou muettes de la syphilis. Il s'y arrête et y pullule en des points localisés de la matrice. Il y vit, y dort, s'y multiplie et au

cours de ces transformation et de ces périodes actives fait l'érosion.

L'existence de lymphatiques a été prouvée dans la matrice. Les nerfs se trouvent dans le tissu sous-cutané autour de la matrice, en forme de bâtonnets. On sait que la matrice possède des terminaisons nerveuses libres en forme de boutons et des anses composées de fibres sans myéline, enfin des différentes corpuscules nerveuses.

L'existence de terminaisons nerveuses inter-épithéliales est plus que probable, comme il l'a été reconnu pour les couches germinatives.

Définition et Description

On appelle érosion ponctuée des ongles, de petites dépressions cupuliformes de grandeur et de profondeur variables, siégeant sur la face libre de l'ongle et ayant la même couleur que celui-ci.

Elles sont, soit dispersées capricieusement sans ordre sur toute la surface unguéale, soit groupées à disposition linéaire ; sur une même ligne longitudinale et en sens vertical.

Elles peuvent être très nombreuses et c'est alors qu'elles sont désordonnées et plus superficielles ; on dirait qu'elles s'épuisent dans leur abondance et qu'ainsi elles n'ont plus la capacité de creuser en profondeur.

D'autres sont peu nombreuses, de dimensions variables groupées, ordonnées, mais plus profondes, impriment bien leurs caractères.

Chaque érosion est une entité, une individualité, on y devine la solidarité tréponémique. C'est le tréponème qui creuse son nid, il nous annonce la lutte, il y est et tient à y rester.

Le premier groupe, comprenant les érosions superficielles, appartient aux érosions qui précèdent ou surviennent au

cours de l'eczéma, du psoriasis, ou même du lichen plan, mais dans ce cas, on trouve toujours quelques lésions à localisation cutanée de ces dermatoses et les dépressions ponctiformes sont composées de la même façon que les petites vésicules caractéristiques de l'eczéma, ce qui explique leur finesse.

Le deuxième groupe est parfois un épiphénomène d'une syphilis ancienne s'associant à un Argyll, à un mal perforant, à une abolition des réflexes, à un Romberg, à une ataxie, à des troubles de la parole, à une aortite, ou bien il se combine avec d'autres lésions unguéales : onyxis et perionyxis complets et typiques, épaissement considérable des bords libres des ongles, bourrelets matriciels périungueaux, de couleur rouge-jambonnée, raies transversales, ongles en vagues de sable, décollement unguéal, atrophie de l'ongle en forme de bateau ou enfin onychosiderose.

En de tels cas, ces érosions restent dans l'ombre auprès de lésions aussi éclatantes.

Enfin, il peut se présenter comme symptôme unique et méconnu, sans aucune autre lésion unguéales associée, ou sans autre trouble spécifique apparent de la part des organes.

Souvent, c'est le hasard d'un examen approfondi qui fait découvrir ces érosions spécifiques.

Il s'agit de chercher et on trouvera toujours des petits signes plus ou moins discrets et latents ou ignorés jusqu'ici, imprimés à l'organisme par l'hôte incommode qu'on appelle le spirochète pallida. Et leur importance est justement énorme

dans ces cas-là. Leur recherche est précieuse quand nous n'avons pour ainsi dire qu'eux, quand les érosions sont solitaires mais bien caractérisées et que les autres symptômes sont absents ou tout au moins dans un état latent et ne sont découverts qu'ultérieurement par un interrogatoire habile et bien mené.

En ce cas, ces signes ne sont qu'une affirmation satisfaisante qui complète mais ne modifie nullement notre diagnostic. Mais l'absence de signes accompagnant n'a pas une valeur éliminatrice.

Faire un diagnostic de syphilis quand nous sommes en présence d'une symptomatologie riche n'est évidemment pas une tâche difficile. Ce n'est pas quand nous avons un tabès dans toute sa splendeur, une paralysie générale classique, une hérédo-syphilis florissante avec les modifications caractéristiques de la tête jusqu'aux pieds que les érosions peuvent nous aider efficacement à porter notre diagnostic. Mais en tout cas leur association à ces symptômes prononcés et bien connus, nous a appris à les remarquer, à les rechercher, à interpréter leur origine, à tirer des conclusions de leur présence, et à les apprécier à leur valeur lorsque l'organisme n'est pas si généreux envers nous, le tréponème étant plus paresseux, plus endormi plus organisateur, appliquant et accumulant toutes ses forces à une frontière, ce tréponème farceur ne fournissant ainsi au médecin, ce pauvre observateur, qu'une symptomatologie réduite et aride, comme s'il voulait lui tendre un

piège ; mettre à l'épreuve sa « maxima diligentia » Cela nous amène à dire que dans les premiers cas tous les mérites sont à la syphilis, et dans le dernier, la gloire entière au médecin.

MÉCANISME DE LA FORMATION DES ÉROSIONS PONCTUÉES

Comment expliquer la formation des érosions ponctuées ? L'érosion ponctuée syphilitique est causée par un groupe de tréponèmes vivant en colonie, formant une société à pouvoir concentré, ayant son siège sur la matrice unguéale où s'accomplit la formation de l'ongle. Lorsque le tréponème se réveille ; s'exalte, passe à la période de virulence, il empêche la formation normale de l'ongle.

Dans un point circonscrit, bien limité, qui se manifestera par l'érosion ponctuée, quand l'ongle quittera la matrice, le tréponème fatigué et las du jeu, lâchera son attitude d'attaque. Il se retirera pour sortir de cette somnolence 8-10 semaines plus tard. Phases d'activité et phases de repos dont nous ne connaissons pas les lois — guérison spontanée du chancre — ou de tous autres accidents.

VALEUR DIAGNOSTIQUE DES ÉROSIONS PONCTUÉES

Nous avons déjà mentionné la valeur diagnostique incontestable de ces érosions, nous voulons seulement ici affirmer que si nous trouvons les érosions ponctuées correspondant à

ces caractères décrits, nous sommes sûrs qu'il s'agit d'une syphilis. Mieux encore nous pourrions dire que le malade portera sa lésion pendant toute la durée de l'évolution unguéale, donc pendant six mois cachet authentique de sa maladie.

Lorsque les érosions d'un ongle seront éliminées, c'est un autre ongle qui pourra devenir victime du tréponème et c'est alors celui-ci qui, à son tour, sera timbré pour six mois et ainsi de suite.

Il en découle que chez un malade portant des érosions ponctuées, ces lésions se présenteront en permanence et ses tréponèmes accompliront méthodiquement leur néfaste besogne, à moins qu'un traitement énergique n'intervienne pour troubler ces tribus dans leur œuvre de destruction.

*Difficultés du diagnostic des érosions ponctuées,
coexistant avec d'autres lésions telles que :
eczéma, psoriasis ou éruption lichenoïde d'origine syphilitique
observée chez quelques sujets hérédo-syphilitiques*

Nous avons pu observer chez de nombreux sujets certaines formes d'eczémas qui se distinguaient des eczémas habituels par leur siège fixe, leur grande fidélité à une même région, récidivant toujours au même endroit, restant circonscrits et s'accompagnant d'érosions ponctuées syphilitiques typiques. Dans ces formes d'eczémas, nous n'avons pu trouver ni une cause locale ou professionnelle ni l'histoire d'absorp-

tion d'un médicament quelconque ou un trouble interne pouvant expliquer leur apparition spéciale et leur forme limitée. On a ainsi été amené à envisager la possibilité d'une origine tréponémique des lésions. La véracité de cette hypothèse a été prouvée par le traitement.

Mais avant le traitement, nous pouvons nous baser sur la présence des érosions ponctuées, qui pourront nous fournir un renseignement suffisant.

C'est à ce moment que peuvent surgir certaines difficultés.

Comment délimiter la part de l'eczéma et celle du tréponème dans la formation de ces érosions, pourrait-on nous objecter, puisque les érosions ponctuées appartiennent aussi bien à la symptomatologie de l'un que de l'autre ?

Cette discrimination n'est pas si difficile qu'on pourrait le croire. Nous avons déjà signalé les caractères bien déterminés des érosions syphilitiques. Nous pourrions donc nous tirer d'embarras. En médecine, combien de fois sommes-nous amenés à séparer deux maladies présentant les mêmes symptômes, et nous n'avons comme moyen de diagnostic que les perceptions tactiles et auditives, récepteurs moins fidèles que les perceptions visuelles... Les mêmes considérations peuvent nous guider dans l'appréciation de l'apparition des érosions ponctuées au cours d'une psoriasis atypique d'origine spécifique (notre cas, rapporté n° 6).

Notre manière de voir a été vérifiée indiscutablement par

l'amélioration ou même par la guérison de ces lésions éminemment tenaces, grâce à un traitement spécifique.

VALEUR PRONOSTIQUE DES ÉROSIONS PONCTUÉES

Quelle est la valeur pronostique de ces érosions ?

Si nous les relevons avec toutes leurs caractéristiques chez un individu, nous pouvons affirmer que leur porteur a une syphilis en activité, même si les réactions sérologiques restent négatives et ne viennent pas témoigner en faveur de notre diagnostic.

COMPORTEMENT DE LA RÉACTION DE WASSERMANN

Pendant nos recherches, nous avons systématiquement examiné la réaction de Bordet-Wassermann chez les porteurs d'érosions ponctuées et nous avons pu observer que cette réaction est rarement positive au cours de l'affection, tandis que la réaction de Hecht étant une réaction plus sensible est quelquefois positive. L'absence de signes sérologiques peut s'expliquer par la petitesse de la lésion, qui n'est pas suffisante pour réveiller une réaction importante de la part de l'organisme.

FRÉQUENCE DES ÉROSIONS PONCTUÉES DANS LES DIFFÉRENTES PÉRIODES DE LA SYPHILIS

Au cours de nos examens systématiques suivis à travers tous les stades de l'affection syphilitique, nous avons pu constater les faits suivants :

Les érosions ponctuées ne figurent jamais ni dans la période primaire ni dans la période secondaire, mais au contraire, elles paraissent être l'apanage presque constant soit d'une ancienne syphilis acquise soit d'une syphilis héréditaire.

On pourrait croire qu'au début, ce jeune tréponème vaillant, plein d'activité est plus gourmand, qu'il veut tout. Il prend tout, il choisit un grand champ de bataille et l'organisme surpris par ce germe jeune et virulent répond à son tour à ces attaques par les réactions violentes et étendues qui lui sont propres.

C'est seulement quand l'organisme et le tréponème ont fait connaissance, qu'ils se sont habitués l'un à l'autre, quand le spirochète a établi des dépôts et des succursales un peu partout qu'il se repose, qu'il s'agite moins, et qu'il continue alors son travail lentement en sécurité et en silence : il prépare son attaque. Il a une tendance à accumuler ses forces et avec le concours des nouvelles souches, il fait des décharges périodiques. D'abord, une tendance à l'extension générale, puis, une tendance à la localisation...

D'abord l'insouciance de la jeunesse, plus tard, la prudence de l'âge mûr.

En attendant, l'organisme vieillit et perd de sa souplesse. Il se laissera faire, et on aura des lésions et des réactions en conséquence.

De la statistique dressée d'après nos malades examinés, nous avons pu aboutir à la conclusion suivante : Les érosions ponctuées d'origine spécifique sont les plus fréquentes chez les enfants atteints d'une syphilis héréditaire, donc chez les malades qui apportent avec eux leur tréponème, comme souvenir de leur vie intra-utérine. Ces érosions sont souvent associées à des onyxis, périonyxis ou sousonyxis et à des panaris interminables sans suppuration considérable.

Souvent, nous avons pu trouver en même temps des lésions et malformations dentaires typiques en forme de dents de Hutchinson atrophie cuspidienne, caries noires, tubercules de Carabelli, implantations vicieuses et anormales des dents, retard dans le développement dentaire, absence de canines, ou incisives latérales présentant les caractères des canines, enfin, érosions ponctuées dentaires semblables aux érosions ponctuées unguéales, qui nous paraissent, par leur analogie, être la même lésion à localisation dentaire, explicable par le même processus.

Chose curieuse, dans la syphilis héréditaire, les deux sexes sont frappés à fréquence égale par les érosions ponctuées, tandis que dans la syphilis acquise, elles favorisent les

femmes. On pourrait peut-être expliquer cette particularité par le fait que les femmes font plus fréquemment leurs ongles que les hommes, donc qu'elles sont plus exposées qu'eux aux petits traumatismes et blessures unguéales prédisposant à la nidation du tréponème.

Ce fait rentrera donc dans le chapitre de la syphilis et du traumatisme ou plutôt de la syphilis et de l'irritation.

Notre statistique nous a également démontré que :

a) Les érosions ponctuées se marient plus volontiers avec la syphilis nerveuse qu'avec les formes à manifestation cutanée.

b) Que le nombre des doigts atteints et le nombre des érosions sont en rapport inverse avec le traitement, en ce sens que quand ce sont plusieurs doigts qui sont pris et que les érosions sont nombreuses, nous sommes en présence d'une syphilis non traitée ou insuffisamment traitée.

Pour faciliter la compréhension des résultats obtenus au cours de notre statistique, nous avons dressé le petit tableau ci-dessous :

	Nombre de malades examinés	Nombre de sujets porteurs d'érosions ponctuées	Réaction de Wasser- mann	Réaction de Hecht
En cas de syphilis ner- veuse soit tabes soit de paralysie générale	50	9	5	6 cas
En cas de hérédo-syphi- lis	23	10	4	6
En cas d'aortite syphili- tique	10	3	3	3
En cas de lésions cuta- nées tertiaires dans la syphilis acquise.	30	3	2	2
Aucune autre lésion mais des antécédants syphi- litiques	3	3	0	1
En cas de la période pri- maire et secondaire ..	92	—	92	92
Association à d'autres lésions unguéales sy- philitiques	10	8	2	5

Donc en cas de syphilis nerveuse 18 %
 En cas d'hérédo-syphilis 43,5 %
 En cas d'aortite syphilitique 30 %
 En cas de lésions cutanées tertiaires 10 %
 En cas de la période primaire et secondaire 0 %
 En cas d'association à d'autres lésions unguéales sy-
 philitiques 80 %

Observations

OBSERVATION N° 1

B... Raymond, âgé de 4 ans, vient consulter le 17 décembre 1931, pour les lésions des ongles.

A l'examen, on voit l'annulaire droit à sa partie libre jaune, paraissant friable mais ne cédant pas à la curette.

1 m/m d'ongle sain à la matrice. Par contre, bourrelet cuivré à 7 m/m de hauteur arrière de l'ongle et sous le bord de la matrice. Au petit doigt, bourrelet latéral interne avec lésions susunguéales. Le médius et l'auriculaire gauche présentent les érosions ponctuées profondes de grandeur de pointe et de tête d'épingle. L'auriculaire présente 3-4 érosions tandis que le médius est criblé par des érosions.

A l'examen général, on trouve le front bombé, une pâleur notable de tégument.

Le Wassermann pratiqué le 17 décembre 1931 donnait un résultat négatif.

Antécédents : le père âgé de 34 ans, présente le bourdonnement d'oreille, persistant jour et nuit.

Adénopathie inguinale gauche, grosses amygdales. Les

autres organes sont normaux. Wassermann = 0. En 1928, le père du petit malade a reçu 20 piqûres de cyanure de mercure. Après le traitement, ces troubles disparaurent.

Le 7 avril 1932, le père revient avec bourdonnements d'oreilles beaucoup plus intense que la première fois. A l'examen, on trouve un nystagmus et on met le père au Bivitol.

La mère est bien portante ayant eu une grossesse unique : l'enfant né de cette grossesse à 7 mois, c'est notre petit malade en question.

Le malade a reçu à partir du 17 janvier 1931 une série d'Arquéritol et l'emplâtre de Vidal en application locale sur les ongles.

Le 25 février 1932 le malade a été mis au sulfarsénol. Après avoir reçu 6 piqûres de sulfarsénol, le malade revient sans amélioration notable. L'annulaire de la main droite laissait échapper un peu de pus de sa matrice. Mis au Bivitol.

Le 16 juin 1932, les ongles sont guéris, sauf des érosions ponctuées qui persistent sur les ongles du 4^e et 5^e doigt de la main droite et ceux du 2^e, du 3^e et du 5^e de la main gauche.

L'enfant après avoir reçu le Bismuth est mis au Lactate de mercure.

Le 18 septembre 1932, l'ongle de l'annulaire droit est presque guéri; sauf l'ongle du 5^e doigt qui est criblé d'érosions, sans périonysis.

Le malade reçoit du 18 septembre au 12 octobre 8 piqûres de sulfarsénol.

L'enfant a été absent pendant deux mois et demi et a pris un peu de Lactate de mercure. Le malade traité de nouveau par le sulfarsénol présente une grosse amélioration.

OBSERVATION N° 2

Malade P... André, âgé de 20 ans, vient consulter le 28 janvier 1933, pour une pelade siégeant à la limite du cuir chevelu, qui a débuté il y a deux mois et demi.

A l'examen, on voit une plaque de dimension d'une pièce de 5 francs.

A l'examen général, on trouve soudure des lobules de l'oreille, petit ganglion sous-mentonier.

Les dents, les deux incisives médianes supérieures présentent des nombreuses érosions, les latérales sont moins grandes et leurs bords sont légèrement excavés avec des érosions sur la partie excavée. Les canines et la première molaire droite montrent l'atrophie cuspidienne.

Les incisives inférieures portent des érosions.

Sur l'ongle du petit doigt de la main gauche, trois petites érosions ponctuées; deux d'entre elles disposées en lignes verticales et profondes. Après leur siège; elles ont débuté, il y a quatre mois. Le malade raconte qu'il avait sur les autres ongles des lésions semblables.

Pas d'adénopathie, pas de lésion cutanée.

Reflexes rotuliens, achilliens, pupillaires normaux.

Cœur, poumons, foie, rate normaux.

Père mort à 35 ans, a été spécifique.

La mère a fait des crises épileptiques, pendant onze ans, et a guéri après un traitement spécifique institué par le Docteur Tinel. Elle a fait cinq fausses-couches.

Le malade a un frère qui a été examiné et traité pour la syphilis; il avait une fracture du fémur, une fragilité des os, une hyperostose de l'omoplate gauche opérée.

A l'examen du frère, on trouve qu'il présente les lésions dentaires caractéristiques: érosions des incisives, dents échan-crées, atrophies cuspidiennes des canines et de quatre premières molaires.

Les Wassermanns sont négatifs.

OBSERVATION N° 3

Malade G... P., âgé de 7 ans, vient consulter le 30 janvier 1932, pour lésions unguéales.

A l'examen, on trouve au 5° doigt de la main gauche, un bourrelet matriciel, l'ongle pousse jusqu'au bout, mais sa forme est irrégulière en vague de sable; au médius, multiples érosions profondes de différentes dimensions, ainsi qu'aux on-3°, 4° et 5° doigts avec rougeur matricielle.

Wassermann : 0.

Les parents avec antécédents spécifiques.

Le 6 octobre 1932, le malade prenait de l'iodure depuis le mois de juillet.

Main gauche : l'ongle du 5^e va mieux, la matrice est moins gonflée, au médus quelques érosions.

La main droite est presque guérie.

Il ne reste qu'une légère rougeur matricielle et le médus garde six érosions.

Mis au Bivitol.

Le 15 décembre 1932, le 5^e doigt de la main droite présente un bourrelet matriciel rouge important. L'ongle de l'index du côté droit se décolle à son bord libre sans modification notable de sa coloration.

L'enfant a 0,30 d'albumine dans les urines depuis quinze jours.

Le 22 décembre 1932, l'enfant mis au Bivitol.

Le 14 janvier 1933, après le traitement, l'albumine est disparue, les ongles vont mieux.

OBSERVATION N° 4

M... P., âgée de 3 ans, vient consulter le 19 septembre 1922, pour lésions unguéales.

A l'examen, on trouve une onyxis et périonyxis du médus gauche; l'ongle est épaissi, irrégulier, bosselé, de couleur jaunâtre, laissant échapper une petite quantité de pus. Autour de l'ongle, léger bourrelet inflammatoire de couleur rouge foncée jambonnée.

La mère de la petite malade nous raconte que l'enfant est porteur depuis un an de cette lésion.

L'ongle du 4^e doigt de la main droite présente des érosions ponctuées ainsi que l'ongle du 4^e doigt de la main gauche.

L'examen du malade révèle : le front bombé, le nez en selle.

L'enfant est né d'une grossesse gémellaire et a marché à dix-sept mois.

Le père est porteur d'une glossite scléreuse médiane lousanguine.

La mère paraît bien portante. Les Wassermanns pratiqués chez les parents et chez l'enfant ont été négatifs.

Le 19 mars 1932, l'enfant après avoir reçu plusieurs traitements, revient présentant les lésions suivantes : l'ongle du 4^e doigt de la main droite est en repousse normale sur 6 m/m. Le bourrelet persiste encore, rosé.

L'auriculaire de la main gauche présente trois érosions bien profondes à disposition linéaire, l'ongle du 5^e doigt se décolle en partie, à son extrémité libre, l'ongle du 3^e doigt présente un hématome traumatique.

OBSERVATION N° 5

M... J., sœur jumelle de P..., vient consulter en même temps que sa sœur, le 19 septembre 1929 avec des lésions

d'onyxis et périonyxis de l'annulaire gauche ; l'ongle est tombé il y a quinze jours, croûte jaunâtre à sa place.

Depuis la chute de l'ongle, pas de trace de suppuration. Inflammation au pourtour, datant de quatre mois. L'enfant avait sa première dent à un an et a marché à dix-sept mois.

Le 19 mars 1932, l'enfant vient avec les lésions suivantes : l'ongle du médus gauche criblé, des érosions ponctuées bien profondes, sans bourrelet matriciel. L'ongle du 4° doigt est noir à son bord libre, couvert d'érosions ponctuées. L'ongle du 5° doigt présente quatre érosions ponctuées caractéristiques.

L'enfant est mis au Bivatol.

Le 12 novembre 1932, main droite : ongles normaux. Main gauche : sur le médus, quatre érosions ponctuées situées sur une ligne verticale sur l'annulaire : dix érosions ponctuées, quatre sur l'auriculaire.



En haut : Observation N° 1 : les ongles III et V de la main gauche,
le 17 décembre 1931 ;
l'ongle du V° de la main droite,
le 18 septembre 1932.

Au centre : les ongles de Paulette pour l'observation N° 5 ;
l'ongle du IV° doigt de la main droite le 19 septembre 1929 ;
les ongles du IV°, V° de la main gauche, le 19 mars 1932.

En bas : les ongles de Jeannine du III°, IV°, V° de la main gauche, le
19 mars 1932 ;
les ongles du III°, IV°, V° doigts de la main gauche, le 12 novem-
bre 1932.

OBSERVATION N° 6

S... Pierre, âgé de trois ans et demi, vient consulter le 21 mars 1929, pour une éruption présentant les caractères de psoriasis, qui a début à l'âge de deux ans et demi.

Le malade est porteur de nombreuses érosions ponctuées situées à l'annulaire et à l'auriculaire de la main droite. Strabisme congénital.

Parents paraissent bien portants.

Wassermann pratiqué le 5 avril 1929 se révèle fortement positif.

Pour la sécurité, on pratique quinze jours après un 2^e Wassermann, qui est également fortement positif.

On met l'enfant au Novar et le 15 juin la réaction de Wassermann est négative. Elle redevient positive le 10 octobre 1929.

On met l'enfant au sulfarsénol.

Le 28 novembre, on constate la guérison du psoriasis. La disparition des érosions ponctuées de la main droite, mais l'apparition de quelques érosions ponctuées de l'ongle de l'auriculaire gauche.

L'enfant est mis au sirop de Gibert.

Le 26 janvier 1930, réapparition de psoriasis.

L'enfant est mis au sulfarsénol. Il reçoit 9 sulfarsénol.

Son Wassermann à cette époque est négatif.

Le malade est mis au Lactate de mercure. Le Wassermann, le 10 octobre 1930, est négatif.

Le 7 mai 1931, pas de psoriasis. Le 7 avril 1932, l'enfant n'a pas fait le traitement depuis quelque temps, n'a pas de psoriasis, mais un Wassermann positif et quelques érosions ponctuées de l'ongle de l'annulaire et de l'auriculaire droit et gauche.

Le 5 mai 1932, fissure isolée de l'oreille sans impetigo, petites cicatrices radiées autour de la bouche.

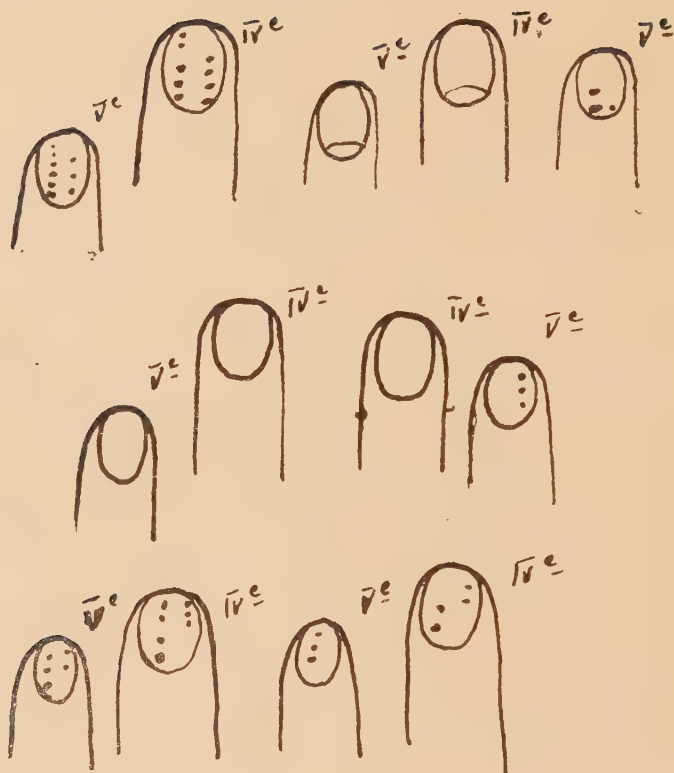
Mis au Lactate de mercure.

Le 28 avril 1932, la fissure est guérie, le Wassermann reste fortement positif.

On met l'enfant au sirop de Gibert.

Le 25 septembre 1932, le Wassermann est fortement positif.

Le 3 décembre 1932, le malade présente une chorée légère avec mouvements incoordonnés. Mis à l'huile grise.



Dessins pour l'observation N° 6

En haut : l'ongle du IV^e et du V^e de la main droite, le 21 septembre 1929 ;
l'ongle du IV^e et V^e doigts de la main droite et du V^e de la
main gauche, le 28 novembre 1929.

Au centre : les ongles du IV^e et V^e doigts de la main droite guéris, les
ongles du IV^e et du V^e de la main gauche, le 3 décembre
1932.

En bas : les ongles du IV^e et V^e de la main droite et les IV^e et V^e de la
main gauche, le 7 mai 1931.

OBSERVATION N° 7

Madame H... D., âgée de 60 ans, vient consulter le 14 janvier 1933, pour un lúpus érythémateux du dos du nez.

Le malade présente des lésions unguéales. L'ongle du pouce et du médius droit ne poussent plus, ils sont rugueux, rudimentaires et de couleur jaunâtre, autour du pouce droit, bourrelet matriciel, une raie transversale, deux dépressions latérales, une crête longitudinale. L'ongle de l'index gauche présente des érosions ponctuées bien profondes ainsi que l'ongle du médius gauche, deux érosions profondes de grandeur d'une tête d'épingle, rangées verticalement.

Cœur, poumons, foie, rate sont normaux.

Reflexe rotulien gauche est un peu vif, l'achilléen sensiblement diminué du côté droit.

Deux grossesses, deux enfants vivants, dont l'un est mort à l'âge de 11 mois ; pas de fausses-couches. Son mari est mort mais pendant sa vie, a été traité longtemps comme spécifique.

OBSERVATION N° 8

Mme H... B., âgée de 33 ans. On l'amène pour torpeur, œdème blanc des membres inférieurs et de l'abdomen.

A l'examen, on note l'abolition des réflexes achilliens, réflexes pupillaires normaux ; mémoire déficiente.

A la main gauche, l'ongle du pouce présente deux érosions ponctuées, bien profondes, à disposition linéaire.

Spécificité diagnostiquée en 1926.

Wassermann fortement positif.

Soigné par le Novar et a suivi un traitement régulier depuis. La dernière piqûre d'arqueritol a été faite le 6 juin 1932.

Le 7 octobre 1932, le Wassermann a été négatif.

La ponction lombaire a montré : albumine 0,22 et 5 lymphocytes.

Le malade a reçu du 1^{er} octobre au 22 novembre, 40 piqûres de cyanure de mercure.

Le 23 novembre, le malade est mis au Novar.

OBSERVATION N° 9

Mlle H... E., âgée de 26 ans, vient consulter pour une ulcération de la jambe, siégeant dans la partie postéro-interne de la jambe survenant à la suite d'une injection sclérosante de salicylate de soude intraveineuse; traitement institué contre les varices.

La forme de l'ulcération est suspecte, elle est polycyclique taillée à pic à fond rouge.

La malade présente une adiposité considérable des membres inférieurs avec transparence veineuse annonçant une légère atrophie de la peau. Nombreuses varices de la jambe.

Les réflexes rotuliens sont diminués. On découvre sur l'ongle de l'annulaire gauche deux érosions ponctuées, profondes et linéaires, de grandeur d'une grande tête d'épingle et d'une petite tête d'épingle.

Le Wassermann pratiqué au moment quand l'ulcération persistait, a été fortement positif.

Actuellement, l'ulcération est guérie ; le Wassermann : 0, mais les érosions ponctuées persistent.

OBSERVATION N° 10

Mme C..., âgée de 60 ans, vient consulter pour des troubles cardiaques. Elle a des douleurs dans la région cardiaque irradiantes vers le bras gauche, douleur à type d'angine de poitrine.

A l'examen, on trouve à l'ongle de l'annulaire gauche, deux érosions ponctuées bien profondes.

Examen du cœur : légère hypertrophie, clangor du 2° bruit.

Réaction de Wassermann faiblement positive.

Ménage sans enfants. Le mari de la malade n'a aucun passé syphilitique.

Le traitement spécifique améliorerait nettement les lésions.

OBSERVATION N° 11

Malade M... A., âgé de 27 ans, vient consulter pour un eczéma à localisation fixe, nettement limité, polycyclique récidivant toujours au même endroit, occupant les doigts et les mains quoique le malade n'a pas mis ses mains dans l'eau, étant employé de bureau.

Le malade présente également nombreuses lésions unguéales.

Main droite : tous les ongles sont entourés par un bourrelet infiltré de couleur rouge-jambonné, périunguéal, l'annulaire droit présente six érosions ponctuées sur la surface unguéale, dont trois ont la grandeur de $1-1 \frac{1}{2}$ m/m, deux la grandeur d'une pointe d'une épingle, enfin une de grandeur d'une tête d'épingle. Les érosions sont profondes, elles sont groupées verticalement dans la direction de deux lignes parallèles. L'index présente des stries horizontales avec épaissement de l'ongle. L'ongle en vague de sable, et sur cet ongle se trouvent trois érosions de différentes grandeurs, l'une la plus grande tout à fait au voisinage du bourrelet matriciel, couvert même par lui, deux autres près du bord libre de l'ongle.

A la main gauche, léger bourrelet infiltré autour de tous les ongles. L'index est occupé par sept érosions profondes, groupées en trois lignes, dont deux sont liées entre elles par une dépression linéaire. La surface unguéale de l'auriculaire présente un épaissement inégal comme s'il était ondulé, l'ongle dénommé par M. Milian : ongle en vague de sable. Sur cet ongle, nous avons quatre petites érosions de grandeur de tête d'épingles et de profondeur notable. Les ongles ne sont pas friables.

Le malade raconte qu'il est traité sans succès depuis des années pour son affection.

A l'examen, on note encore quelques petits ganglions cer-

vicaux du côté gauche. Pas d'adénopathie, pas de Romberg, pas d'Argyll. Reflexes rotuliens et achilliens normaux.

Cœur et poumons normaux. Wassermann : 0.

Père bien portant, deux frères bien portants. La mère avait une grossesse gémellaire. Ces enfants de même sexe, sont morts quelques jours après leur naissance.

La mère meurt à l'âge de 53 ans d'une embolie.

OBSERVATION N° 12

Madame D..., âgée de 25 ans, envoyée par le Docteur Chifolieu, pour troubles trophiques et eczéma des mains.

Cet eczéma a débuté, il y a huit ans et est caractérisé par sa localisation fixe occupant les doigts et les espaces inter-digitaux, et par la résistance envers tous traitements.

On voit aux ongles des érosions ponctuées et des stries transverses du 5^e de la main droite et gauche.

Examen général : absence de canines, menton en galoche, soudure des lobules des oreilles, absence de processus xyphoïde.

Troubles menstruels.

Réflexes rotuliens et achilliens présents, réflexes pupillaires normaux.

Le Wassermann pratiqué le 19 septembre 1932 a été positif.

Mariée depuis 1931, n'a pas d'enfant et n'a pas eu de

fausse-couche. Le 29 septembre 1932, mis à l'arqueritol (0.10) par piqûre.

Du 29 septembre au 24 novembre 1932, a reçu dix piqûres d'arqueritol.

Le Wassermann du 15 décembre est négatif. Le 17 décembre, l'eczéma notablement diminué sur la main droite; une grosse fissure sur l'index.

Le 17 décembre 1932, on met la malade à l'arsenomyl. Jusqu'au 24 janvier 1933, la malade a reçu 7 piqûres d'arsénomyl.

Le 7 janvier 1933, la malade raconte qu'elle a perdu deux ongles ceux des deux auriculaires qui sont repoussés depuis.

Depuis le 2 janvier, l'annulaire droit présente une rougeur matricielle latéro-cubitale. La partie supérieure de l'ongle est grisâtre. Bordure de 3 m/m sur l'ongle au-dessous une zone grise, lésion indolore.

Le 14 janvier, l'eczéma guérit. L'annulaire droit : l'ongle est décollé aux trois quarts supérieurs, n'est adhérent à la matrice que le quart de l'ongle. Les deux auriculaires présentent les raies transverses.

OBSERVATION N° 13

M. X... Y., âgé de 56 ans, vient consulter en octobre 1932, pour une ulcération siégeant à la plante du pied.

L'ulcération porte tous les caractères d'un mal perforant plantaire, qui a débuté il y a deux ans.

Nous trouvons des érosions sur l'auriculaire gauche et l'annulaire droit.

L'examen du malade montre l'abolition des réflexes achilléens; diminution des réflexes rotuliens, paresse de la réaction pupillaire à la lumière, mais l'accommodation intacte, donc signes discrets d'Argyll.

Le malade ayant une assez grande quantité de sucre dans son urine, a été considéré jusqu'ici comme diabétique et on expliquait tous ses troubles par son diabète.

Tout traitement antidiabétique demeurerait infructueux chez lui, tandis qu'un traitement antispécifique faisait disparaître tous ces troubles énumérés.

OBSERVATION N° 14

Madame D... E., âgée de 52 ans, vient consulter pour les ulcérations multiples de l'avant-bras gauche et du coude droit. Leur début remonte à deux ans.

Cette ulcération est polycyclique à bord net. Elle avait une lésion analogue, il y a cinq ans, qui a mis huit mois pour guérir. Les cicatrices viennent témoigner de leur existence.

La malade présente nombreuses modifications unguéales. Les ongles portent des raies profondes, longitudinales en vague de sable.

A la main droite, l'ongle de l'index présente huit éro-

sions ponctuées. Le médius, six érosions de même caractère, l'auriculaire, dix érosions semblables.

Main gauche : l'ongle du médius est couvert par cinq érosions profondes, de différentes grandeurs, l'annulaire porte quatre érosions et l'auriculaire trois.

La réaction de Wassermann pratiquée le 25 août 1931 était positive.

La malade nous raconte qu'à 25 ans, elle avait eu une hydarthrose droite, une périostite du genou droit. Il y a dix ans, une lymphangite du genou droit. Il y a cinq ans une lésion analogue au coude gauche.

Mariée, pas de fausse-couche, deux enfants bien portants. Son frère est mort en méningite.

Le 27 août 1932, elle a reçu six arquéritols.

Le 4 septembre 1932, apparition d'une gomme du creux poplité gauche, depuis un mois.

Le 14 décembre 1932, les lésions cutanées sont presque guéries. Le 11 octobre, guérison complète des lésions, persistance des lésions unguéales.

Nos observations affirment :

- a) Que les érosions ponctuées, ayant les caractères préalablement décrits sont de nature syphilitique certaine ;
- b) Que leur importance est capitale dans le dépistage d'une affection tréponémique héréditaire ou ancienne ;
- c) Que leur amélioration et leur guérison se fait par le traitement spécifique.



main gauche
Observation n° 7

main gauche
Observation n° 8

main gauche
Observation n° 9

main gauche
Observat. n° 10



main droite

main gauche

Le 6 novembre 1932.

Dessins pour l'Observation N° 11.



main droite main gauche
Observation N° 12

En haut : Observation N° 7, les ongles du II^e et III^e de la main gauche.

En haut au milieu : Observation N° 8. Pouce gauche.

En haut et à droite : Observation N° 9 et N° 10 :

l'ongle du II^e de la main gauche ;

l'ongle du IV^e de la main gauche.

Au centre : Observation N° 11, les ongles du II^e et IV^e de la main droite ;

les ongles du II^e et V^e de la main gauche,

le 6 décembre 1932.

En bas : Observation N° 12, les deux auriculaires vus en profil.

Traitement

Le traitement des érosions ponctuées doit être très énergique. Connaissant la tenacité, l'ancienneté et la longue durée de cette lésion, il nous faut frapper fort et longtemps.

Y a-t-il un médicament de choix, auquel nous puissions donner nos préférences ?

En principe, tout médicament convient, à condition qu'on l'applique bien et avec persévérance. Il nous faut savoir convaincre les malades que leurs lésions méritent d'être traitées, et exigent d'être traitées avec patience. Mais comme dans la plupart des cas, nous avons affaire avec des malades non traités ou insuffisamment traités, il est plus prudent d'avoir recours au début du traitement, soit au bon vieux mercure, sous la forme de l'huile grise, soit au bismuth. Une série de piqûres d'huile grise doit se composer de 10 piqûres à 10 centigr. administrées à raison d'une tous les six jours.

D'autres préparations mercurielles comme le cyanure de mercure ou l'arquéritol, sont également efficaces.

Toutes les préparations bismuthiques conviennent. Nous ne ferons que mentionner le bivatol à la dose de 3 cc. par pi-

qûre. C'est après ce traitement que nous pourrons avoir recours aux arsénicaux.

Mais nous ne soulignerons jamais assez que tout traitement doit être énergique et intense, presque sans repos.

N'oublions pas que l'état de la lésion sera toujours le miroir fidèle de traitement appliqué.

Conclusion

A) Comme l'eczéma, le psoriasis, la syphilis fait des érosions ponctuées des ongles.

Ces érosions ponctuées syphilitiques possèdent des caractères bien particuliers et bien nets.

Ces caractères sont les suivants : leur petit nombre, leurs dimensions et profondeurs plus grandes que celles des autres érosions, leur forme allongée fréquente, leur disposition suivant une ligne longitudinale, leur siège entre deux crêtes longitudinales ou sur un aplatissement longitudinal de l'ongle, absence des lésions cutanées des doigts présentes ou passées.

Ces caractères permettent de les différencier des érosions ponctuées d'autres natures pouvant nous laisser conclure que leur origine syphilitique est incontestable.

B) Leur siège, leur distribution, leur ordre d'apparition nous indiquent qu'il s'agit d'une lésion qui prend son origine dans la matrice unguéale, lieu où s'accomplit la formation de l'ongle, refuge favori des tréponèmes transportés à cet endroit par le courant sanguin.

C) L'érosion ponctuée n'est donc autre chose que l'expression du travail périodique de la colonie tréponémique cor-

respondant à sa période d'activité pendant laquelle les spirichètes troublent la formation normale de l'ongle.

D) La preuve de leur nature syphilitique repose sur : leur existence constante chez les sujets syphilitiques, la coexistence sur d'autres ongles d'altérations syphilitiques caractéristiques, leur développement sur l'ongle de repousse d'un ongle antérieurement atteint de lésions syphilitiques profondes et guéries par le traitement antisiphilitique, leur guérison progressive (absence de réapparition après élimination par le traitement antisiphilitique).

Mais elle est assez fréquemment l'unique représentant une affection spécifique, alors leur constatation nous permet de diagnostiquer une syphilis, même que l'enquête est muette de toute part.

E) L'érosion ponctuée, tout en étant une lésion discrète, imprime à l'ongle une marque durable et annonce une longue persistance de la lésion, qui nous servira fort longtemps pour diagnostiquer la syphilis chez son porteur.

F) Les réactions sérologiques sont rarement positives, ce qui souligne encore davantage la valeur diagnostique des érosions ponctuées.

G) L'érosion ponctuée signifie une syphilis en activité. Une fois découverte, elle exige la même rigueur de conduite que la syphilis pendant ses différentes autres périodes — sinon une rigueur plus grande encore — et oblige le médecin à interdire, soit la procréation, soit le mariage à ces malades.

H) Les érosions ponctuées syphilitiques ne s'observent ni dans la syphilis primaire ni dans la syphilis secondaire (du moins à son début, faute du temps nécessaire à son développement). Mais contrairement on les rencontre avec une telle fréquence au cours de la syphilis héréditaire, nerveuse ou enfin dans toutes les formes tardives qu'on peut les considérer comme une des manifestations les plus habituelles de l'affection tréponémique.

I) L'érosion ponctuée est améliorée et guérie par un traitement antisyphilitique intense et de longue durée, fait encore qui affirme l'étiologie syphilitique de la lésion. Mais sa ténacité, sa longue persistance exigent une extrême persévérance.

Les médicaments de choix sont au début des produits mercuriels et bismuthiques sous forme d'injections, surtout recommandables aux syphilitiques préalablement non traités ou présentant une aortite.

Pour obtenir une guérison complète de la lésion, avec repousse normale des ongles atteints, il faut compter quatre ans, à condition expresse de suivre un traitement énergique et bien conduit.

Vu, le Doyen :

BALTHAZARD.

Vu, le Président :

GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Saumur. — Imprimerie M. CHEVALIER.
